UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 — N° 30

DIAGNOSTIC et TRAITEMENT DE LA TORSION DE LA TROMPE DE FALLOPE SAINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 20 Décembre 1937

PAR

Jean-Robert FRABOULET

Élève de l'École de Santé Navale et Coloniale

Né à Ploërdut (Morbihan), **le 30 Août 1914**

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*
ROCHER, professeur .....
JEANNENEY, professeur... *Juges.*
LOUBAT, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES
143, Rue d'Arès

1937

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 — N° 30

DIAGNOSTIC et TRAITEMENT DE LA TORSION DE LA TROMPE DE FALLOPE SAINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 20 Décembre 1937

PAR

Jean-Robert FRABOULET

Élève de l'École de Santé Navale et Coloniale

Né à Ploërdut (Morbihan), **le 30 Août 1914**

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*

ROCHER, professeur ..... *Juges.*

JEANNENEY, professeur... *Juges.*

LOUBAT, agrégé..... ..... *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

143, Rue d'Arès

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC.
id.	DUPÉRIE.
Clinique chirurgicale et gynécologique	PAPIN.
Clinique chirurgicale	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEUBET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.

	MM.
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	N.
id.	DUFOUR.
Physiologie	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
id.	DE GRAILLY.
id.	FONTAN.
id.	BROUSTET.
id.	DERVILLÉE.
id.	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.

	MM.
Chirurgie générale	LOUBAT.
id.	MASSÉ.
id.	DARGET.
id.	N.
Obstétrique	RIVIÈRE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	N.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Physiologie	PETITEAU.
Médecine opératoire	JEANNENEY.
Accouchements	RIVIÈRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGÈRE.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

	MM.
Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Médecine légale	DERVILLÉE.
Urologie	DARGET.
Botanique	GIRARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Chimie minérale	CASTAGNOU.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

A MA MERE

C'est à ses sacrifices que je dois ce que je suis.

A MA SŒUR ET A MA COUSINE

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE

BIBLIOTHÈQUE

A TOUS MES PROFESSEURS

A Messieurs les Docteurs JEGOUREL et CAPDEPON

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine des Troupes Coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite Maritime
Officier de l'Instruction publique.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie
Vice-Président de la Société française de Gynécologie
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction publique

Qui nous a inspiré ce sujet. Qu'il nous soit permis de lui témoigner notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider ce travail.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT
DE LA
TORSION DE LA TROMPE
DE FALLOPE SAINE

INTRODUCTION

Jusqu'à la fin du siècle dernier, l'attention n'avait pas été attirée sur la torsion des annexes en général, alors que la torsion des organes soit sains, soit malades dans l'abdomen, était une chose fréquente (volvulus de l'intestin, torsion des kystes de l'ovaire).

Depuis 1891 de nombreux cas en ayant été observés et la question devenant de plus en plus à l'ordre du jour, il nous a paru utile, sur les conseils de notre maître, M. le Professeur Guyot, de synthétiser dans ce travail les travaux faits à ce sujet, et de réunir les observations les plus intéressantes.

Nous traiterons ici la torsion de la trompe saine dans l'abdomen, laissant de côté les torsions de la trompe dans une hernie.

Il est difficile de trouver un critérium parfait de l'intégrité des annexes et les avis respectifs des auteurs diffèrent à ce sujet. Pour les uns (Auvray) l'examen histologique est capital; d'autres accordent une certaine valeur à la perméabilité du pavillon tubaire.

Nous pouvons néanmoins considérer comme saines toutes annexes pour lesquelles les conditions suivantes sont réalisées. :

1° Utérus et annexes normaux;

2° Perméabilité du pavlilon tubaire;

3° Absence de grossesse;

4° Absence de formations kystiques ou pathologiques sur l'ovaire;

5° Examen histologique de la trompe ne montrant que des lésions dues à la torsion.

Nous plaçant au point de vue Clinique, nous laisserons de côté, l'Etiologie, la Pathogénie et l'Anatomie pathologique.

Dans un premier chapitre, nous tracerons un rapide exposé historique.

Dans un second chapitre, nous envisagerons le tableau clinique, le diagnostic positif et le diagnostic différentiel.

Dans un troisème chapitre, le traitement.

Dans un quatrième chapitre, nous réunirons les observations.

Enfin, dans un cinquième chapitre, nous concluerons.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'attention fut attirée sur la torsion des annexes en général, par une observation de Bland Sutton en 1891, à Londres, puis par Pierre Delbet en 1892, à qui nous devons la première observation française. Mais le premier auteur qui fit apparaître dans la littérature médicale la question des annexes saines tordues fut Auvray en 1912. Il publia, dans un mémoire resté célèbre, paru dans les Archives d'Obstétrique et de Gynécologie, une observation nette et complète de torsion de la trompe saine dans l'abdomen. L'année suivante, avec Lecène, il publia de nouvelles observations.

Puis la guerre survint et le silence se fit sur cette question jusqu'en 1921 où on voit surgir une véritable floraison de travaux allemands. Ce sont en 1921, les rapports de Hoffmann, Bitmann, Ruder; en 1922, ceux de Mansen, Schwartz, Michel, Hussy, Scheid.

La première observation française d'après-guerre fut publiée par Dujarier en 1924, puis suivirent les observations de Michon et Cabannes, et en 1925, celles de P. R.

Michaël, de l'Australien Marschall Allan. En 1926, ce sont les travaux français qui dominent avec MM. Rocher et Jeanneney, qui publièrent à la Société nationale de Chirurgie de Paris un cas de torsion récidivante de la trompe saine.

Caraven met en évidence le rôle de la torsion des annexes dans la production de l'hématocèle pelvienne.

En 1927, nous relevons encore les noms de Lenormant, Fiolle, de Rouville. Darner publie aux Etats-Unis une observation importante au point de vue étiologique. Les années 1928 et 1929 furent également fertiles en travaux. En 1930, Michon nous fournit dans *Gynécologie et Obstétrique* une étude approfondie de la question appuyée de cinq belles observations.

Notons également dans la même année les noms de Guimbellot, Delfour, Aigrot; puis en 1931, ceux de Michon et Trillat. En 1932, ceux de Picot, Moiroud, Dor et Luccioni, Ricard, Sorrel, Oberthur et Loutsch.

Regad en 1932, à Lyon, dans un travail d'ensemble sur la torsion des annexes, a approfondi la question des annexes saines, sans toutefois la séparer de celle des annexes malades.

Depuis 1932, les observations se sont multipliées.

En 1933, il faut citer les travaux de R.-L. Gavioli, de J. Grunhut, de Regad de Lyon, qui fournit trois publications, de Bloch et de Michaël.

En 1934, ce sont les communications de Covarrubias, de Hamant et Vichard, les travaux de Eachern, de Scheyer, de L. Tomasi.

L'année 1935 surtout fut féconde en travaux. En avril de cette anée là, Desjacques et Doucet-Bon, signalent un cas d'Inondation péritonéale par torsion d'une trompe saine.

A. Charbonnier et H. Brandt, dans la Revue médicale de la Suisse Romande, étudient les relations entre le trauma-

tisme et la torsion de la trompe. Ils envisagent dans ce cas la responsabilité entière de l'assurance vis-à-vis de l'assuré.

En décembre 1935, dans les Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie, Nini signale un cas de torsion successive à trois ans d'intervalle, de l'ovaire et de la trompe droits sains chez une même jeune fille.

En 1936, il faut citer les noms de Correa, M. Dore, de Giupponi; en 1937, de Cucci.

Dans les Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, Travaux de janvier 1937, V. Riche, J. Ginestié et J. Aussilloux rapportent une belle observation de torsion de la trompe saine où l'évolution se fait en deux temps, ce qui est assez rare.

Nous voyons donc que la torsion de la trompe saine, bien qu'assez rarement observée, est actuellement à l'ordre du jour dans les divers pays.

CHAPITRE II

SIGNES ET DIAGNOSTIC

La douleur étant le signe fondamental de la torsion, nous décrirons d'après son intensité trois formes cliniques selon l'usage : aiguë, subaiguë, chronique. On décrit généralement la torsion aiguë avant la torsion chronique, mais chronologiquement les faits ne se passent pas toujours ainsi. Souvent en effet, des manifestations larvées de torsion (petites douleurs abdominales, coliques), se retrouvent dans le passé des malades avant la grande crise. On pourrait presque dire que la torsion est une maladie chronique traversée par des épisodes aigus.

I. — Torsion aiguë.

A) *COMMEMORATIFS.* — L'affection peut survenir pendant toute la vie génitale de la femme, mais surtout entre 13 et 25 ans. Il s'agit ordinairement d'une fillette de 13 ans réglée depuis peu. Le début de la torsion se montre assez souvent en pleine menstruation (21 % des cas). Dans les antécédents de la malade on retrouve souvent les éléments suivants :

1° *La douleur :* La malade présente depuis plusieurs années des douleurs du bas-ventre d'un côté (le droit le plus souvent), exagérées par la marche, l'effort, la menstruation, irradiées vers les cuisses et surtout vers la région lombaire. Dans un cas de Nini (obs. V), où la torsion de l'ovaire seul avait précédé celle de la trompe, les douleurs ont amené l'intervention.

2° *La dysménorrhée,* moins fréquemment rencontrée. Les règles ont été douloureuses les mois précédents. MM. Ingelraus et Minne, d'une part, Rocher et Jeanneney, d'autre part, ont observé une aménorrhée complète (obs. VIII et X).

3° Parfois quelques *troubles gastro-intestinaux réflexes:* nausées, vomissements, constipation.

Mais très souvent, et c'est là le point sur lequel nous insisterons, on ne peut retrouver le moindre antécédent du côté des organes génitaux. Cette notion sera très importante pour serrer de près le diagnostic de l'affection.

B) *PERIODE D'ETAT.* — Puis survient la crise dont le début affecte souvent le type de la hernie intestinale étranglée. Elle survient parfois à l'occasion d'un mouvement brusque, d'un faux-pas. Dans un cas de Caraven (Société de Chirurgie, 1927), la torsion était survenue à la suite d'une absorption d'apiol. Mais dans 60 % des cas, l'épisode aigu apparaît sans cause apparente. Nous sommes alors en présence d'un syndrôme abdominal aigu sans signes généraux accentués.

SIGNES FONCTIONNELS

1° *La douleur :* C'est là un signe constant et dominant et c'est elle qui amène la malade à l'hôpital. C'est une douleur poignante, violente jusqu'à la syncope, qui courbe la malade en deux, lui arrache des cris, lui coupe la res-

piration et la plonge aussitôt dans une angoisse tragique (Regad).

L'intensité en est variable : tantôt syncopale, tantôt mieux tolérée. Les irradiations les plus fréquentes se font du côté du sacrum, du coccyx, et souvent du côté inguinal et de la face interne des cuisses.

Parfois la douleur retentit sur les viscères et détermine de la cystalgie et des coliques.

Au début, génralisée à tout l'abdomen, elle se localise assez vite du côté de la lésion, donc le plus souvent à droite (la trompe droite étant plus mobile que la gauche). Elle se calme progressivement, mais peut s'exalter à nouveau en une autre crise. Il faut se méfier des rémissions trompeuses.

2° *Les Troubles digestifs :* Ils existent très souvent. Ce sont :

a) *Des vomissements,* rencontrés dans 80 % des cas. Ils sont d'abord alimentaires, puis bilieux; ils cessent dans les 24 heures qui suivent le début de la crise. Parfois on observe des nausées sans vomissements (obs. III).

b) *Un arrêt des matières et des gaz :* Signe inconstant. Tantôt l'arrêt est absolu (obs. I), tantôt il n'existe pas (obs. VI), mais jamais la diarrhée n'a été signalée.

Hartmann a montré que ces phénomènes étaient dus à une péritonite aseptique non infectieuse.

3° *Troubles urinaires :* beaucoup plus raers : obgurie, dysurie.

4° *Troubles génitaux :* rares aussi.

On n'observe que peu souvent des *métrorragies* (obs. II), ce sont de petites pertes sanguines peu abondantes, intermittentes, véritables hémorragies distillantes.

Parfois on note de l'*aménorrhée* entre deux crises (Rocher et Jeanneney).

TROUBLES GENERAUX

L'état général reste souvent bon. Les signes habituellement observés sont :

1° *L'agitation et l'angoisse*, succédant rapidement à l'état de Shock du début.

2° *La discordance entre la température et le pouls :* La température monte aux environs de 38° en général, et le pouls dépasse 100. Cette discordance se retrouve dans toutes les observations que nous avons réunies.

3° *Sang :* On note parfois de l'hyperleucvocytose (obs. 3).

SIGNES PHYSIQUES

1° *Inspection :* Le ventre est tantôt ballonné, tantôt rétracté mais, et c'est là un carctère différentiel avec l'appendicite, le ventre respire bien, le diaphragme jouant normalement.

2° *Palpation :* Une palpation légère fait déceler une hyperesthésie cutanée, une défense musculaire abdominale du côté atteint et une douleur à la pression à ce niveau. Si la torsion est à droite, le point douloureux maximum est en général au-dessous du point de Mac Burney. Quand la tumeur est assez considérable, on peut parfois la percevoir sous la forme d'une masse molle (obs. VIII).

3° *Toucher vaginal :* Il faut le combiner au palper. Chez la vierge, il sera remplacé par le toucher rectal.

On trouve en général l'utérus normal et mobile.

Dans le cul-de-sac latéral, ou dans le Douglas, on sent une masse mobile, bosselée, très douloureuse, de grosseur variable. Cette masse est plus douloureuse que les kystes de l'ovaire tordus et les grossesses extra-utérines fissurées.

En général, la masse a les caractères annexiels : elle est séparée de l'utérus par un sillon et ses mouvements ne se transmettent pas au col.

Parfois seulement on ne perçoit qu'un empâtement diffus dans un cul-de-sac.

Dans un cas de Bittmann, le toucher resta négatif.

Regad insiste sur le signe de Warneck : Ce dernier aurait senti le pédicule de la trompe tordue; mais ce signe est peu valable pour une trompe saine tordue qui forme une masse repliée sur elle-même en contact avec l'utérus.

Le toucher permet aussi de déceler l'hématocèle pelvienne quand celle-ci complique la torsion.

II. — **Torsion subaigue.**

Ces formes peuvent à la rigueur se départager entre les formes aiguës et les formes chroniques.

Néanmoins la torsion subaiguë se caractérise par des crises analogues en tous points à la crise tortionnelle aiguë mais avec atténuation de tous les symptômes. Les crises se renouvellent à des intervalles très rapprochés entre lesquels la rémission n'est pas complète (ce qui différencie cette forme de la forme chronique).

Il finit par se produire une crise assez intense pour amener l'hospitalisation de la malade.

III. — **Torsion chronique.**

Les épisodes douloureux, d'intensité variable, rétrocèdent pour réapparaître à des intervalles plus ou moins longs durant lesquels la femme mène une vie absolument normale. Elle correspond souvent anatomiquement à une torsion assez peu accentuée pour ne pas provoquer de sphacèle ou à une torsion qui se détord, évitant ainsi de graves accidents.

Regad décrit trois formes :

1° *Forme lente :* caractérisée par des douleurs fugaces, mais répétées, survenant à l'occasion d'un effort, du coït,

de la menstruation. De temps en temps, survient une crise plus forte.

2° *Forme incomplète*, non caractéristique, découverte par hasard.

3° *Forme récidivante :* Après un épisode aigu transitoire, apparaissent d'autres crises analogues à la première, laissant entre elles des intervalles plus ou moins longs (obs. X).

IV. — Formes associées.

1° *A la grossesse :* c'est au deuxième ou troisième mois que la torsion se produit. Son allure clinique n'est pas changée.

2° *A l'appendicite :* Picot et Ricord, en 1932, ont rapporté chacun un cas de torsion évoluant au cours d'une appendicite aiguë.

V. — Evolution et Complications

Certains auteurs ont observé une évolution spontanée vers la restitutio ad integrum : détorsion.

Hamant et Vichard ont donné une obsevation où l'évolution se fait vers l'amputation spontanée des annexes tordues. Mais généralement l'évolution spontanée est arrêtée par l'intervention.

La grosse et pour ainsi dire la seule complication est l'*hémorragie intra-péritonéale*, qui modifie peu les signes cliniques.

Elle affecte deux formes :

1° *L'hématocèle enkystée.* — La plus fréquente : l'épanchement se fait d'une façon progressive (obs. II). Le toucher rectal montre le Douglas bombant sous l'effet du sang épanché.

Parfois l'épanchement se fait assez vite comme dans un cas de Fiolle.

2° *L'Inondation péritonéale :* Beaucoup plus rare (obs. XII), elle n'a jamais le caractère cataclysmique et les signes d'hémorragie interne laissent au chirurgien le temps d'intervenir.

VI. — Diagnostic.

A) *POSITIF.* — Il n'a pour ainsi dire jamais été fait, ce qui tient à l'absence de signes pathogneumoniques.

Dans une de nos observations (obs. II), Moiroud, Dor et Luccioni déclarent être intervenus avec le diagnostic bien précis de torsion annexielle.

Le diagnostic positif comprend schématiquement deux temps :

1° Localiser l'affection à la sphère génitale (élimination des syndrômes abdominaux aigus non génitaux);

2° Diagnostiquer ensuite la nature de la lésion.

En général, les auteurs accomplissent bien le premier temps, mais il est difficile, sinon impossible, d'acomplir le deuxième temps.

Il s'agit ordinairement d'une malade sans antécédents gynécologiques, ayant souvent présenté auparavant de petites crises abdominales douloureuses, qui est prise brusquement, souvent sans cause, de violentes douleurs abdominales avec parfois nausées, vomissements, arrêt des matières et des gaz, de l'agitation et de la discordance entre le pouls et la température.

A l'examen, le ventre respire bien et présente une douleur de la région salpingo-ovarienne. Au toucher, on sentira le plus souvent une masse latéro-utérine très douloureuse, irrégulière et parfois une hématocèle permettant de localiser l'affection aux annexes.

Il faut noter qu'aucun des signes n'est pathognomonique :

La douleur est un signe constant, mais commun aux affections abdominales aiguës.

Les troubles généraux, digestifs, urinaires, ne sont pas spécifiques; les signes physiques sont infidèles.

On posera le diagnostic sur les signes suivants, rencontrés dans toutes nos observations :

1° Douleur subite et violente dans la régionannexielle;

2° Dissociation de la température et du pouls.

Le toucher sera parfois un point précieux.

Récemment (obs. VI), Charbonnier et Brandt ont montré que dans le cas de torsion traumatique, le diagnostic est facilité du fait de :

1° La notion du traumatisme ou de l'accident;

2° La relation de cause à effet entre eux et les signes cliniques;

3° L'absence d'antécédents génitaux antérieurs et la localisation de l'affection aux annexes.

Ils ont conclu que dans ce cas la responsabilité de l'assurance est entière vis-à-vis de l'assuré.

B) *DIFFERENTIEL.* — De toutes les affections gynécologiques, c'est la torsion qui cause le plus d'erreurs de diagnostic.

Il faut éliminer trois affections principales : l'appendicite, la rupture de grossesse tubaire, la torsion d'un kyste de l'ovaire.

Accessoirement, il faut songer aux coliques hépatiques, néphrétiques intestinales, aux salpingites, etc.

1° *Appendicite.*

C'est l'erreur de diagnostic la plus souvent commise, car la torsion siège le plus souvent à doite. Cette ereur tient à la grande analogie clinique des deux affections :

Le début est le même par une douleur brusque, très vive, siégeant dans la partie droite de l'abdomen, avec contracture, vomissements, accélération du pouls.

Le toucher vaginal ne suffit pas à lever les doutes, car dans l'appendicite pelvienne on peut sentir une tumeur dans le cul-de-sac latéral ou postérieur.

Mais dans la torsion, la douleur spontanée est plus vive et plus brutale; la douleur provoquée à son maximum au-dessous du point de Mac Burney en général.

Le ventre respire bien et la manœuvre de Rowsing est négative. La malade est souvent agitée.

Enfin, il y a discordance entre le pouls et la température, ce qui n'est pas la règle dans l'appendicite.

2° *Rupture de Grossesse tubaire.*

La torsion, quand elle s'accompagne de métrorragies ou de signes d'hémorragie interne, peut la simuler. Mais dans la grossesse tubaire, on arrive souvent à déceler des troubles antérieurs de la menstruation et des signes de début de la grossesse : Ramollissement du col, augmentation du volume des seins, ligne brune.

3° *Torsion d'un kyste de l'ovaire.*

Ce diagnostic, assez souvent porté, est difficile à éliminer si l'existence du kyste n'est pas connue antérieurement. Il faut rechercher les troubles vésicaux et rectaux.

Le kyste au toucher est en général plus gros, plus régulier, plus mat et plus mobile.

4° *Coliques menstruelles.*

Il faut y songer, car la torsion survient souvent au moment de la menstruation. Les douleurs sont moins vives et se répètent à chaque menstruation, avec cessation entre les époques. Néanmoins, souvent le diagnostic avec la torsion chronique est difficile, sinon impossible à faire.

Ce sont les diagnostics différentiels principaux.

Accessoirement, il faudra éliminer :

a) Les coliques hépatiques et les coliques néphrétiques, où la douleur a un siège spécial et des irradiations spéciales. La recherche des antécédents lithiasiques et les examens de laboratoire aideront au diagnostic.

Accessoirement, il faudra éliminer :

b) Les douleurs de salpingite : On recherchera les commémoratifs.

La douleur est à type continu avec quelques paroxysmes. On tiendra compte de la bilatéralité fréquente des signes.

c) Des affections diverses que nous ne ferons que mentionner : Perforations intestinales, torsion de fibromes utérins pédiculés, rupture de pyosalpinx. Ces affections ont leurs signes particuliers.

CHAPITRE III

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Quand la malade est vue, le diagnostic étant rarement posé, un *traitement médical* est en général pratiqué : il consiste en repos au lit, diète liquide et glace sur le ventre. Si la crise est d'intensité moyenne, ce traitement amène une sédation rapide des phénomènes douloureux et soulage bien la malade. Mais ce n'est là qu'un traitement palliatif et le seul traitement est l'*Intervention chirurgicale*.

Dans beaucoup d'observations, les auteurs prenant l'affection pour une appendicite, ont incisé au point de Mac Burney, mais ils ont été contraints d'agrandir leur incision vers la ligne médiane, d'où l'importance de la localisation à la sphère génitale. Cela fait, le traitement est simple :

Laparotomie médiane sous-ombilicale, puis ligature, section et ablation de la trompe tordue. Le sang épanché dans le péritoine doit être évacué.

Fermeture de l'abdomen sans drainage.

Les suites opératoires sont bonnes et le pronostic est bénin, car pas un seul décès n'a été relevé dans la littérature médicale.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

I. — Torsion aiguë.

OBSERVATION I

(J. Mangé : Torsion de la trompe saine. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux,* 5 mai 1931.)

Mme C..., 41 ans, sans profession, est prise le 20 février 1930 vers 16 heures, de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite et le côté du bas-ventre. Elle a quelques vomissements alimentaires et, le soir, la température est montée à 38°.

Son médecin porte le diagnostic d'appendicite aiguë et me fait appeler. A 18 heures, tout l'abdomen est douloureux à la palpation, surtout au niveau du creux épigastrique. Le maximum de douleur siège dans la fosse iliaque droite, mais le point de Mac Burney n'est pas nettement douloureux. La douleur la plus accentuée est au-dessous du point de Mac Burney. Il existe de la défense dans la fosse iliaque droite et au-dessous.

La percussion ne montre rien d'anormal. Le diaphragme joue à peu près normalement. L'arrêt des matières et des

gaz est absolu. L'état général est bon; le pouls est à 100, bien frappé et régulier.

Le toucher vaginal ne montre rien à gauche, ni rien du côté de l'utérus; par contre, les annexes droites sont grosses, prolabées dans le Douglas et douloureuses. La douleur toutefois n'est pas très vive.

Dans les antécédents de la malade, il n'y a rien de particulier. Une grossesse normale il y a 15 ans; quelques pertes blanches, et c'est tout.

Je pense à une appendicite pelvienne et à un hydro ou hématosalpinx. Pour cette raison, j'interviens par laparotomie médiane sous-ombilicale, sous anesthésie générale à l'éther. Le péritoine contient une abondante quantité de liquide citrin.

L'appendice me paraît normal. La trompe droite, de couleur rouge, violacée, a le volume d'une petite banane : elle présente deux tours de spire au niveau de l'isthme. L'ovaire droit est sain, je l'enlève cependant avec la trompe.

A gauche, ovaire et trompe ont un aspect normal; les suites ont été simples.

L'examen de la trompe montre que les franges sont agglutinées; à l'ouverture, il s'écoule une abondante quantité de sang; la cavité est perméable. L'examen histologique a montré que la trompe était saine.

Remarques : Deux points sont à noter dans cette observation :

D'abord, l'absence totale d'antécédents gynécologiques;

Ensuite, la discordance entre le pouls et la température.

OBSERVATION II

(Moiroud, Dor et Luccioni. Torsion des annexes saines avec métrorragie chez une vierge. *Bulletin et Mémoire de la Société Nationale de Chirurgie,* 6 avril 1932.)

Mlle X.., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital dans la soirée du 28 octobre 1931 avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Les douleurs ont débuté 36 heures avant et ont semblé aug-

menter d'intensité. Vomissements alimentaires; température à 37°4.

Le ventre est ballonné dans l'ensemble, mais avec un maximum dans la fosse iliaque droite. A ce niveau, légère défense de la paroi sans contracture.

La malade se déclare vierge, ce que semble confirmer l'examen de l'hymen. On fait le toucher rectal. On sent l'utérus légèrement hypertrophié et, dans le cul-de-sac droit, une masse indépendante de lui, du volume d'un œuf, allongé obliquement, régulière, rénitente et douloureuse. Cette masse est séparée de l'utérus par un sillon très net.

Le diagnostic de grossesse ectopique est écarté (absence de retard de règles), et celui d'une torsion annexielle est sérieusement envisagé. On s'arrête aussi au diagnostic de réaction annexielle inflammatoire.

L'état général est satisfaisant. Traitement médical habituel. Dans l'après-midi du troisième jour, quelques pertes noirâtres peu abondantes apparaissent et se renouvellent. Elles marquent le début de la diminution des douleurs. A ce moment, au toucher rectal, il n'existe plus qu'une masse diffuse, rénitente; les contours sont flous et il n'est plus possible de localiser l'utérus. Pouls à 100; température à 37°9. C'est le tableau d'une hématocèle retrouterine. On décide donc de l'intervention avec le diagnostic bien précis de torsion annexielle.

Anesthésie générale à l'éther, laparotomie sous-ombilicale. Le Douglas renferme du sang libre et des caillots noirâtres. Les annexes droites, du volume du poing forment un bloc d'infarctus. La trompe est tordue près de l'isthme d'un demi-tour de spire dans le sens des aiguilles d'une montre. Le ligament large est infiltré de sang, ses deux feuillets sont écartés. Les annexes opposées sont saines.

Salpingectomie droite; fermeture de l'abdomen sans drainage. Les suites opératoires sont troublées par l'apparition d'une double phlébite des membres inférieurs, peu sévère dans son évolution. Guérison.

A l'examen macroscopique : trompe non rompue, pavillon

ouvert, franges étalées. La cavité tubaire est perméable et renferme une petite quantité de sang noir non coagulé.

A l'examen histologique : trompe normale.

Remarque. — Il faut noter que cette observation est une des très rares observations où l'intervention a été faite avec le diagnostic bien précis de torsion annexielle. Il faut également noter que la torsion s'est compliquée d'hématocèle rétro-utérine.

OBSERVATION III

(Laurent Darner. — *Ann. Journal of Obst. and Gyn.*, 1926.)

Fillette de 13 ans, présentant des phénomènes douloureux de l'hypocondre droit.

Réglée normalement depuis deux mois. Début il y a cinq jours par une douleur aiguë subite de la fosse iliaque droite, survenue à la suite d'un coup de pied abdominal. Il y eut des nausées, mais pas de vomissements.

A l'examen: température à 37°8; pouls à 92; grande sensibilité du quadran abdominal inférieur droit. Pas de contracture, ni de douleur au point de Mac Burney.

Au toucher rectal, seul possible, et avec anesthésie, utérus et ovaire gauche normaux. Dans le cul-de-sac droit, masse mobile en forme de saucisse d'environ 7 cm. de long.

Examen du sang : 14.800 leucocytes.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Laparotomie médiane. Il y a environ 300 cc. de liquide séro-sanguinolent dans le péritoine. Le tiers distal de la trompe droite est énormément distendu et de coloration bleue noire. Le tiers moyen et le tiers interne de la trompe ont subi une torsion de trois tours et demi dans le sens des aiguilles d'une montre. Annexes gauches intactes.

Ablation de la trompe droite. Guérison; règles régulières.

A l'examen microscopique : trompe antérieurement normale.

Remarque. — Il faut noter ici la leucocytose.

OBSERVATION IV

(Bloc[K] et Michael. — Torsion de la trompe normale. *Amer. Journ. of Obstet.and Gyn.*, août 1933.)

Fillette de 13 ans, non réglée, ayant présenté subitement une douleur abdominale extrêmement vive dans le quadran inférieur droit; nausées, vomissements, pas de fièvre. On pense à une crise d'appendicite aiguë, mais à l'intervention on trouve un appendice normal et du sang libre, rouge dans la cavité péritonéale. La trompe droite est tordue sur elle-même dans le sens des aiguilles d'une montre de deux tours et demi. L'extrémité en est violacée, gangréneuse et atteint le volume d'un œuf de poule. L'ovaire droit est normal. L'examen de la trompe montre une destruction cellulaire due à la strangulation et non à un processus inflammatoire.

OBSERVATION V

Nini. — Torsion successive à trois ans d'intervalle de l'ovaire et de la trompe droits sains chez une même jeune fille. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, séance du 13 novembre 1935) (Tripoli du Liban.)

Le 10 août 1931, est amenée une jeune fille de onze printemps qui, après avoir pris part à un concours de saut, est prise dans la soirée même d'accidents douloureux abdominaux avec vomissements, mais sans température.

Le maximum de la douleur siège à droite et un médecin a fait le diagnostic, malgré l'absence de température, d'appendicite aiguë. Nini opère avec le diagnostic d'appendicite pelvienne, mais trouve une torsion de l'ovaire droit seul. L'ovaire est noir et tordu à quatre tours sur son pédicule. La glande est enlevée et la malade guérit.

Trois ans plus tard, la même jeune fille, presque jour par jour, est prise d'accidents abdominaux douloureux sans cause apparente. Les accidents se renouvellent pendant deux

mois au cours desquels la malade souffre tant qu'elle s'alite et son médecin pense qu'il s'agit d'adhérences. Nini trouve un ventre douloureux et contracturé, il constate que la température est normale, mais le toucher rectal permet de reconnaître la présence d'une tumeur pelvienne très douloureuse. Nini porte le diagnostic de torsion de tumeur pelvienne et opère sur-le-champ par laparotomie médiane.

A l'ouverture de l'abdomen, Nini trouve, accolée à l'utérus, une tumeur noire, grosse comme un œuf de canard, et qu'il reconnaît pour être la trompe droite tordue à trois tours. La masse est enlevée, le pédicule lié, et l'abdomen refermé sans drainage.

La malade a été définitivement guérie.

OBSERVATION VI

Charbonnier et Brandt. — Un cas de torsion traumatique des annexes saines. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 décembre 1935.)

Mlle Marie B.., 15 ans, vierge, toujours bien portante, sans antécédents. Réglée à 14 ans.

Le 24 octobre 1934, elle tombe brutalement assise dans un escalier et continue la descente dans cette position, jusqu'au bas de l'étage, chaque marche lui imprimant une nouvelle secousse. Elle perd connaissance un instant, puis se relève en se plaignant de douleurs dans la région sacro-lombaire, le bassin et la cuisse droite.

Le 25 octobre au matin, fortes douleurs dans le bas-ventre, irradiées à la cuisse droite; crises douloureuses intenses survenant brusquement, durant 20 minutes, et obligeant la malade à se tenir en chien de fusil sur le côté droit. Il y a eu deux ou trois crises dans la matinée. Entre les crises la malade est dans un état quasi normal. Elle peut remuer sans douleur et ne présente rien à l'examen du ventre ni de la région lombaire.

Dans l'après-midi, quelques crises. Le soir, au palper, petite sensibilité dans la profondeur de la fosse iliaque droite.

Le toucher à cet endroit déclanche une douleur s'irradiant vers la cuisse.

Bon état général, pas de température.

Dans la nuit, nouvelle crise très douloureuse, avec vomissements. La malade a été à la selle, rend des gaz et urine normalement.

A l'examen du ventre : point de Mac Burney indolore, seule la fosse iliaque droite est un peu douloureuse au palper.

Toucher rectal. — Col utérin douloureux à la mobilisation. En arrière de lui, dans le cul-de-sac droit, masse bosselée, de la dimension de deux noix, dure, mobile, très douloureuse; la fosse iliaque droite se met à ce moment en défense.

Le 23 octobre, à 13 h. 30, nouvelle crise; la malade est transportée en clinique et opérée immédiatement.

Status opératoire : Laparotomie basse de Jalaguier à droite. Un peu de liquide sérohématique s'écoule à l'ouverture du péritoine; Cœcum un peu dilaté et appendice un peu injecté.

Utérus normal, mais incliné en arrière et un peu à droite. On aperçoit du liquide sanglant dans le Douglas, liquide dans lequel plonge une grosse masse violacée, turgescente. Cette masse est un énorme ovaire tordu, basculé dans le Douglas, recouvrant une trompe rouge vif, distendue et tordue d'un tour, d'arrière en avant, au niveau de son tiers interne. Le pavillon œdématié laisse sourdre un liquide sanglant. Ovaire bosselé, noirâtre, gorgé de sang; il occupe une position inverse de sa position normale, extrémité externe en dedans, face supérieure en dessous. Le ligament infundibulo-pelvien et le mésosalpinx participent à la torsion; ils sont épaissis et ecchymotiques. Il reste 1 cm. 5 de trompe saine, contre l'utérus; aucune adhérence; utérus et annexes gauches normaux.

Intervention : annexectomie droite avec section de la trompe au niveau de la torsion; péritonisation soignée et assèchement du bassin; fermeture de la paroi plan par plan.

Suites opératoires simples : lever précoce au troisième jour; reprise des occupations au bout de dix jours.

A *l'examen histologique :* la trompe et l'ovaire n'ont que des lésions dues à la torsion.

Remarque : Dans cette observation, le diagnostic a été facilité du fait que les signes cliniques ont suivi l'accident.

D'autre part, au point de vue médico-légal, nous voyons qu'il peut être important de faire le diagnostic de torsion post-traumatique de façon à établir la responsabilité de l'assurance vis-à-vis de l'assuré.

OBSERVATION VII

M. Diamant-Berger. — *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris.* Séance du 16 avril 1937.)

Je suis appelé d'urgence le 10 mars 1937, auprès de Mme B., pour accidents abdominaux aigus.

Elle avait été prise, l'avant-veille au soir, de douleurs violentes dans la région inférieure droite de l'abdomen, avec vomissements et absence de selles. Pas de température à aucun moment; dysuie. Cette crise a tourné court. Traitée par de la glace sur le ventre.

Le lendemain matin, nouvelle crise assez atténuée, puis le surlendemain, une troisième crise, mais très violente; c'est alors que je suis appelé.

La malade a accouché normalement quatre mois auparadont la dernière un mois avant les accidents. Tout était donc vant. Elle a eu depuis deux périodes menstruelles normales, survenu au moment où elle attendait ses règles

Pas de température; le pouls est rapide, le visage anxieux et pâle. Au palper, douleur et contracture ont un siège maximum nettement inférieur au point de Mac Burney. La localisation est nettement pelvienne. Il existe cependant des signes de diffusion abdominale et la palpation à distance révèle une sensibilité incontestable. Au toucher, il est impossible de sentir convenablement le Douglas, tant il est douloureux. On devine cependant une masse postéro-latérale droite.

On discute alors le diagnostic d'une grossesse extra-utérine, mais il n'y a aucun retard des règles et la malade nie toute possibilité de grossesse.

Par contre, elle dit avoir les années précédentes, des dou-

leurs iliaques droites considérées comme suspectes d'appendicite chronique.

Nous pensons à une appendicite pelvienne au moment de l'intervention.

Nous intervenons et à l'ouverture de l'abdomen, que nous faisons heureusement médiane, nous trouvons une assez grande quantité de sang; nous pensons alors qu'il s'agit tout de même d'une extra-utérine.

Dans le pelvis, nous trouvons la trompe droite en état de volvulus; la torsion s'est produite à l'union du tiers interne et du tiers médian, et elle a deux tours; toute la portion destale est violette, comme une anse intestinale étranglée. Enfin, en son milieu, exise une perforation lenticulaire, et qui saigne.

L'ovaire est sain, ainsi que les annexes opposées; nous enlevons facilement la lésion en laissant l'ovaire; nous enlevons l'appendice qui est gros, œdématié, blanchâtre et se trouve au contact de la trompe tordue; nous refermons sans drainage. La guérison se produit simplement, dans les délais normaux.

L'examen de la pièce (pratiqué par M. Martineau a montré que la trompe était antérieurement saine.

Note. — Notre cas de volvulus de la trompe ne diffère pas sensiblement des autres, si ce n'est par la présence de sang dans le ventre en très grande quantité. Il est certain que le diagnostic exact est à peu près impossible, mais l'essentiel est d'opérer de suite. C'est une lésion facile à reconnaître et à guérir par simple ablation de l'annexe.

II. — **Torsion subaiguë.**

OBSERVATION VIII

Ingebrans et Minne. — Un cas de torsion d'annexes saines chez une fillette de 13 ans. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 26 novembre 1930.)

Fillette de 13 ans, entrée à Saint-Sauveur, envoyée par son médecin pour tumeur hypogastrique. Le début de la maladie remonte à trois mois. La jeune fille, réglée depuis six mois,

présenta subitement une aménorrhée complète. Puis vinrent des douleurs dans le bas-ventre, irradiant dans les lombes et vers la racine des cuisses, à paroxysmes nocturnes, avec de temps en temps, émission de quelques glaires sanguinolentes.

L'enfant astreinte à la position couchée depuis son jeune âge (séquelle de paralysie infantile), se contenta de quelques soins d'hygiène génitale (injections.)

Peu à peu, on constata que son ventre grossissait, tandis qu'elle continuait à souffrir. Comme elle avait de temps en temps, des troubles digestifs (nausées, vomissements, langue saburrale), on la traite pour troubles dyspeptiques. Les signes persistèrent et un autre médecin, appelé, lui fit un toucher vaginal et fit entrer la malade à l'hôpital pour fibrôme utérin.

A l'examen : Grande et forte fillette de 13 ans, impotente. A l'inspection de l'abdomen, on note une voussure médiane et paramédiane gauche, régulière, lisse, bien limitée, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A la palpation, la masse est douloureuse et légèrement mobilisable; mâte dans toute son étendue, elle ressemble à un utérus gravide. Au toucher vaginal, pratiqué difficilement, le col utérin est normal, le cul-de-sac postérieur libre. Dans le cul-de-sac antéro-latéral gauche, on sent une masse dure, mobile, paraissant distincte du col utérin. Au palper bimanuel, cette masse est solidaire de la tumeur hypogastrique.

L'enfant est mise en observation. La température qui était de 38°5 avant l'entrée, revient rapidement à la normale. Les douleurs diminuent, l'écoulement vaginal cesse.

Un examen obstétrical complet montre une absence complète de tout signe de grossesse.

M. le Professeur Paucot, appelé en consultation, pense qu'il s'agit peut-être d'une grossesse extra-utérine. On décide néanmoins de temporiser en maintenant le traitement hygiénique et le régime hypotoxique.

Après quinze jours, les douleurs ont presque disparu; la température reste normale. La tumeur paraît avoir tendance à diminuer et elle est moins douloureuse. La mobilité de la tumeur, qui semble cette fois bien distincte du corps utérin,

reste toujours grande. Nous pensons qu'il s'agit d'un fibrôme pédiculé ou d'une tumeur du ligament large.

On décida d'intervenir : Laparotomie médiane sous-ombilicale; utérus normal; sur sa face antéro-latérale gauche, se trouve une masse du volume d'une grosse orange, de coloration violacée, parsemée de varicosités. Elle répond à la trompe gauche, tordue de 180° en sens inverse des aiguilles d'une montre. Les annexes droites sont saines.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait d'une trompe saine.

Suites opératoires simples : La malade sort au bout de quinze jours complètement guérie.

OBSERVATION IX

Riche, Ginestié et Aussilloux. — Torsion de la trompe utérine saine. (*Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*. Séance du 29 janvier 1937.)

Mme R... El., s. p., entre au service du Professeur Riche le 3 novembre 1936, au cours de l'après-midi, envoyée par son médecin traitant pour crise abdominale aiguë.

La maladie a débuté le 27 octobre par des douleurs vives transfixantes, siégeant dans la fosse iliaque et le bas-ventre.

Le médecin appelé le lendemain, constate à 7 heures du soir l'existence d'un point de Mac Burney et une attitude vicieuse du membre inférieur droit en légère flexion, adduction et rotation externe (attitude de psoïtis). Au toucher vaginal : douleur dans le cul-de-sac droit.

A 11 heures du soir, même état, accélération du pouls, deux vomissements. La malade, hospitalisée d'urgence, est sortie le 30 octobre sans prescriptions spéciales.

Le 31 octobre, reprise des douleurs et des vomissements. Le médecin traitant constate un empâtement de la fosse iliaque droite, qui est douloureuse.

Au toucher : déviation de l'utérus et masse rétro-utérine s'étendant en avant vers la vessie; légère dysurie.

Repos, glace sur le ventre. Les douleurs cessent rapidement et l'alimentation est reprise avec prudence.

La malade n'est pas allée à la selle depuis le 27 octobre, mais n'a pas cessé de faire des gaz.

Antécédents : bien réglée, habituellement sans douleurs. Règles durant quatre jours. Pas de pertes blanches ni de retard de règles.

Examen : bon état général; température 37°7; pouls à 100; respiration calme. L'abdomen respire bien dans toute son étendue; pas de ballonnement. La paroi est souple partout, sauf dans la partie basse de la fosse iliaque droite et au-dessus de l'arcade crurale où l'on sent une légère résistance de la paroi.

On décèle, par la pression assez forte sur cette même zone, une douleur peu vive, sans point électif. La fosse lombaire est souple et normale.

Au toucher vaginal : on sent un utérus fortement antéversé et fixé; l'orifice du col regarde en arrière. Rien dans le cul-de-sac gauche ni le Douglas. Toutefois la pression du cul-de-sac vaginal droit est douloureux et l'on sent assez haut, à bout de doigt, un tumeur de consistance liquide assez nettement limitée et que l'on peut prendre entre le doigt vaginal et la main abdominale. Cette tumeur est fixe. On ne sent pas de pédicule la reliant à l'utérus.

On met la malade en observation avec diète liquide et vessie de glace.

Le 6 novembre, émission spontanée de matières. Signes cliniques inchangés.

Examens de laboratoire : Azotémie, 0,60.

Numération globulaire et urines, normales.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires : neutrophiles, 65 %; éosinophiles, 3 %; basophiles, 0.

Grands mononucléaires, 1; lymphocytes, 31.

On pouvait penser, en vertu de l'argument de fréquence, à une crise appendiculaire avec appendice bas situé et consti-

tution d'un de ces abcès iléopelviens dont parle Mondor, à cheval sur le détroit supérieur, mais la masse sentie dans le pelvis n'avait pas une allure inflammatoire.

On pouvait infirmer aussi le diagnostic de pyosalpinx. On pouvait penser à une grossesse extra-utérine, mais manquaient les troubles menstruels, les signes de début de la grossesse, le ramolissement du col, les petites pertes rouges.

Le diagnostic porté fut celui de kyste de l'ovaire tordu.

Intervention le 10 novembre 1936 : Rachianesthésie; laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre, on voit un utérus d'aspect normal et de dimensions normales. Les annexes sont légèrement refoulées en haut et en avant. Sous les annexes droites, existe une masse grosse comme une tête de fœtus, d'aspect hématique et enclavée sous la face postérieure du ligament large. Par l'orifice de la trompe bavent quelques caillots de sang. La main, introduite dans le Douglas, libère la masse qui est constituée par un hématosalpinx droit tordu. Le Douglas contient quelques caillots de sang.

Annexectomie droite : Appendice sain, réséqué sans enfouissement.

Examen de la pièce : la partie moyenne de la trompe présente une torsion sur elle-même de un tour et demi d'avant en arrière et de haut en bas. La partie ampullaires est distendue par une collection sanguine sous tension.

A l'examen histologique, il s'agissait d'une trompe saine

Remarques. — L'évolution anatomique semble s'être faite en deux temps :

1° la torsion tubaire;

2° la formation de l'hémato-salpinx qui laisse suinter du sang par le pavillon.

Cette évolution est d'ailleurs reproduite par la marche clinique de l'affection :

La première crise douloureuse correspond à la torsion tubaire.

La deuxième à l'hémorragie intra-péritonéale de l'hématosalpinx.

Cette évolution en deux temps est intéressante, car elle est rare.

A noter dans cette observation, l'attitude de psoïtis du membre inférieur du côté de la torsion.

III. — **Torsion chronique**

OBSERVATION X

MM. Rocher et Jeanneney. — Torsion récidivante de la trompe saine. (*Société Nationale de Chirurgie*, 1926.

Alice T.., 13 ans, entre à l'Hôpital des Enfants, salle 11, le 21 octobre 1923, pour appendicite. L'enfant, dans les antécédents de qui on relève de l'entérite et une typhoïde à 4 ans, a eu une *première crise* douloureuse en *mars* 1923 : Début brusque par une douleur dans la fosse iliaque droite avec vomissements et fièvre légère; la crise dura 15 jours.

La petite malade, qui a été réglée pour la première fois fin 1922 (règles régulières durant cinq jours, peu abondantes), ne voit pas venir ses règles en août et septembre, mais comme elle est un peu surmenée, sa famille ne s'en préoccupe pas lorsque le 20 *octobre*, survient une crise analogue à la précédente : Début le matin à l'école, indépendamment de tout mouvement de l'enfant, par des coliques et vers le soir par une douleur extrêmement vive, brusque, avec un vomissement et une température à 38°. Le 21 octobre, la malade entre à l'hôpital.

L'abdomen se soulève et s'abaisse à chaque mouvement inspiratoire. Le côté gauche est un peu peu douloureux à la palpation; au niveau du flanc et de la fosse iliaque droite, *contracture*. Le point douloureux maximum est au-dessous du point de Mac Burney, au niveau de la région ovarienne, à 3 *cm. au-dessus de l'union du tiers interne et du tiers moyen de l'arcade crurale*. C'est à cet endroit qu'a toujours existé la douleur la plus vive : la palpation à ce niveau est impossible. Le toucher rectal conduit à droite sur une masse de la gros-

seur d'une petite mandarine dure et douloureuse. Pas de troubles vésicaux, ni pertes, ni signes de rectite.

Devant la *contracture de l'abdomen*, basse, avec maximum de douleur vers la partie inférieure de la fosse iliaque et la présence d'une masse pelvienne, on porte le diagnostic d'*abcès intra-pelvien d'origine appendiculaire.*

Opération : Incision de Jalaguier basse; on trouve dans le ventre un *liquide légèrement rouge* et l'on cherche le foyer appendiculaire. On note dans le pelvis l'existence d'adhérences récentes qui, décollées, permettent de découvrir une saillie violacée, du volume d'une petite aubergine descendant vers l'excavation : On l'extériorise et l'on constate qu'il s'agit d'un hémato-salpinx volumineux avec torsion (trois tours) de la trompe au voisinage de la paroi utérine et striction très marquée du pédicule. L'ovaire est gros, mais ne présenta aucune lésion macroscopique. Utérus normal, annexes opposées normales. Salpingectomie, suture de la paroi, suites simples.

L'examen anatomo-pathologique fait par M. Sabrazès, montre des lésions rappelant celles rencontrées dans les volvulus de l'intestin ou de la vésicule : « Morceau de la poche dilatée d'apparence kystique au niveau du point de dilatation maxima. On reconnaît une armature conjonctive dont il ne persiste que les fibres collagènes sans noyaux reconnaissables, ou avec quelques ombres nucléaires. On reconnaît aussi des vaisseaux dans lesquels le sang est coagulé et les hématies tassées. *Beaucoup de vaisseaux sont gorgés de sang;* il n'est pas surprenant que ces vaisseaux aient été rompus et aient provoqué un hémato-salpinx. On reconnaît mal les fibres musculaires lisse. Bref, paroi distendue dont il ne reste qu'un squelette fibreux et des vaisseaux gorgés de sang. Cet aspect rappelle les lésions des volvulus. »

Un deuxième examen histologique pratiqué par le Professeur Sabrazès est superposable au premier. « Dans la trompe, on reconnaît des ombres de faisceaux de fibres musculaires dissociées et infiltrées d'hématies dans sa totalité; comme éléments blancs on ne retrouve que quelques leucocytes polynucléées et quelques lymphocytes mélangés de sang. Les autres

cellules sont à l'état d'ombre, le tissu est d'ailleurs tellement friable que les coupes le désagrègent. La muqueuse n'est plus reconnaissable. Pas de tubercules visibles; pas de territoires caséeux, ni de tumeur. »

Actuellement, deux ans après l'opération la jeune fille est en bonne santé, quoique de petite taille et d'aspect malingre.

A noter ses deux crises, à six mois d'intervalle, simulant une appendicite pelvienne.

OBSERVATION XI

DESACQUES et DOUCET-BON. — Inondation péritonéale par torsion d'une trompe saine. (*Lyon chirurgical*, juin 1934.

Malade se présentant avec des signes d'inondation péritonéale, envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de grossesse tubaire rompue. Rien dans les antécédents.

Les dernières règles datent du 1er avril 1934.

Le 5 mai (retard de règles de quatre jours), la malade ressent une douleur pelvienne brutale, avec maximum à gauche. Pas de perte de connaissance. La douleur cesse au bout d'une demi-heure. Repos. De pètites pertes noires apparaissent.

Le 11 mai (retard de règles de dix jours) : trois crises douloureuse comparables à la première. La deuxième de ces crises est accompagnée de tendances lipothymiques, la troisième de vomissements bilieux.

Le 12 mai, la malade entre à l'hôpital. Son faciès est pâle, sa température à 37°8, son pouls à 90.

L'abdomen est souple.

Au toucher : col un peu entrouvert; dans le cul-de-sac latéral gauche, plutôt en avant, on perçoit une petite masse annexielle, grosse comme une prune, renitente, un peu douloureuse. On pense qu'il s'agit d'une grossesse tubaire en voie de fissuration. On intervient.

Intervention le 12 mai : A l'ouverture du péritoine, il s'écoule du sang mélangé à des caillots. Le sang épanché est en quantité modérée. La trompe est grosse comme une prune

noirâtre. Son pédicule est tordu dans le sens des aiguilles d'une montre de deux tours. La torsion se fait dans le mésosalpinx et sur la partie moyenne de la trompe. La moitié interne de la trompe et l'ovaire ne participent pas à la torsion. On fait une salpingectomie gauche.

A droite, la trompe fermée, à long mésosalpinx, contient du sang noir liquide.

Salpingectomie droite; fermeture sans drainage.

L'examen histologique a montré que la trompe était saine.

Donc nous sommes en présence d'une torsion ayant simulé une grossesse ectopique, aussi bien cliniquement que opératoirement. Le développement d'une *inondation sanguine intra-péritonéale* semble devoir être retenu : La torsion tubaire, lorsqu'elle s'accompagne d'hémorragie intra-péritonéale, donne plutôt une hématocèle qu'un épanchement de sang libre comme chez notre malade.

CONCLUSIONS

1° La torsion des annexes saines est une affection rare mais dont les observations sont devenues plus nombreuses depuis quelques années.

2° Elle se produit le plus souvent lors des manifestations sexuelles : puberté, menstruation, grossesse. Les annexes droites sont plus souvent intéressées que les gauches.

3° Le diagnostic n'est le plus souvent fait qu'à l'intervention. Cliniquement, la torsion simule l'appendicite ou la rupture de grossesse extra-utérine et peut se compliquer d'hémorragie intra-péritonéale.

4° Le pronostic est bénin (grâce à l'opération).

5° Le seul traitement est l'intervention chirurgicale qui doit être effectuée assez tôt. Elle consiste en une annexectomie simple et donne toujours d'excellents résultats

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Bon à imprimer.
Le Président,
J. GUYOT.

Vu: *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer.
Bordeaux, le 4 Décembre 1937
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

AIGROT. — De la torsion des annexes saines au cours de la grossesse. (*Vie médicale,* 10 mars 1930.)

AUVRAY. — Un cas de torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux. (*Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris,* 1912.)

— Torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux avec une observation personnelle. (*Arch. Mens. d'Ost. et de Gyn.,* 1912, t. II, n° 7, juillet et septembre 1913.)

— Un nouveau cas de la torsion spontanée de la trompe saine. (*Arch. Mens. d'Obst. et Gyn. Paris,* 1913, p. 97)

BARBIER. — Torsion d'annexe saine. (*La Bourgogne Médicale,* mai 1928, p. 101, 106.)

BITTMANN. — Spontan torsion der Tube in der Gravitat. (*Casopis Lekaruv Ceskych,* 1921, n° 47.)

CABANÈS. — Torsion de la trompe au neuvième mois de la grossesse. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.,* 1924, p. 508)

CHARBONNIER et BRANDT. — *Rev. Méd. de la Suisse Romande,* 25 décembre 1935, p. 913.)

COHEN. — Torsion des annexes de l'utérus avant la puberté. (*The Journal of the Amer., Med. Assoc.,* n° 6, 10 février 1923.)

CORREA (C.). — Torcao de annexo normal. (*Revue de Gyn. et d'Obst.* 30 : 829-833, nov. 1936.)

D'ALLAINS et PAVIE. — *Annales d'Anat. Patholog.,* t. V., n° 7, 1928, p. 781.

Desjacques et Doucet-Bon. — *Lyon Chirurgical*, mars-avril 1935.

Dujarier. — Torsion de la trompe droite. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. Paris*, 1924, p. 360.)

Eunike. — Isoliert torquierte normale Tub. (*Zentralbl. f. Gyn.*, n° 34, 22 août 1925.)

Fiolle. — Torsion annexielle avec inondation péritonéale hémorragique chez une enfant de 10 ans. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 29 mai 1929.)

Gabe (E.). — Torsion de la trompe saine. (*Arch. of. Surg.*, avril 1929, p. 1304.)

Haller. — Torsion de la trompe de Fallope. (*Société des Chirurgiens de Paris*, n° 6. Séance du 15 mars 1929.)

Hussy. — Isolierte torquierte normale tube. (*Zentralbl. für Gyneck.*, 1922, n° 48.)

Ingebrans et Minne. — Un cas de torsion des annexes chez une fillette de 13 ans. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1931.

Lamble. — Mémoire sur la torsion de la trompe normale. *Zentral. für Gyneck.*, 1923, page 877.

Lauran-Darner. — *Ann. Journal of Obst. and Guy., mars* 1926.

Lazarevitch. — Contribution à l'étude de la torsion de la trompe utérine saine. (Thèse Montpellier, 1927.)

Luccioni. — Thèse Montpellier 1929.

Mangé (J.). — Torsion de la trompe saine. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux*, 5 mai 1931.)

Marshall Allan (R.) — Torsion de la trompe normale. (*The Medical Journal of Australia*, ann. XII, t. II, n° 8, octobre 1925, page 225.

Michaël. — Torsion of one of the normal tubes in the péritoneal cavity. (*Nederl. Tijdschr.* v. Geneesk., 1924, LXVIII, pt. 2, 2828-34) (Haarlem).

Michon et Trillat. — Volvulus d'une annexe saine. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 16 avril 1931.)

Moiroud, Dor et Luccioni. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 16 avril 1932.

Nini. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.* Séance du 13 nov. 1935.

Paucot et Meurisse. — Torsion des annexes saines. (*L'Echo Méd. du Nord, Lille,* 18 août 1928, p. 454.)

Picot. — Torsion de la trompe saine au cours d'une appendicite aiguë. (*Bull. et Mém. de Soc. Nat. de Chir. de Paris,* 24 février 1932.)

Rocher. — Torsion intra-abdominale de la trompe saine. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie de Paris,* 20 mars 1926, p. 294.)

Rocher et Jeanneney. — Torsion de la trompe. (*Soc. Nat. de Chir. de Paris,* 24 février 1926.)

Regad. — Thèse de Lyon, 1932.

Riche, Ginestié et Aussilloux. — *Arch. de la Soc. des Sciences Méd. et Biolog. de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen.* Séance du 29 janvier 1937.

Sorrel, Aberthur, Loutsch. — Torsion des annexes saines chez l'enfant. (*Bulletin et Mémoire Soc. Nat. de Chir.* 8 juin 1932.

Schweitzer. — Isolierte torsion du Normalen tube. (*Zent. für. Gyneck.,* 1918, n° 2.)

Sénéchal. — Etude expérimentale de la torsion de la trompe saine. (*Congrès de Gynécologie,* 5 octobre 1932.)

Wells. — Volvulus de la trompe de Fallope. (*The Journ. of the Amer. Med. Ass.,* n° 1, 5 juillet 1924.)

Diamant-Berger. — *Bull. et Mém. de la Soc. des Chir. de Paris.* Séance du 16 mars 1937.)

Testut. — Traité d'Anatomie humaine.

Imprimerie BRUSAU FRÈRES, 143, Rue d'Arès, Bordeaux